Troisième rapport annuel
1981-1982

Treizième rapport annuel 1981-1982

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Publié par
le service des Communications
de la Régie de l'assurance-maladie
du Québec

Coordination de la rédaction
Marie Pfalzgraf

Graphisme
Francine Taschereau
André Roy

Photographies
Claire Dufour

Composition typographique
Caractéra

Impression
Régie de l'assurance-maladie

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre
Québec, juin 1982

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du Président

Monsieur Pierre-Marc Johnson
Ministre des Affaires sociales
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le treizième rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1982.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le Président par intérim,

J.-A. Mockle

Sillery, le 17 juin 1982

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Cabinet du Ministre

Monsieur Claude Vaillancourt
Président de l'Assemblée nationale
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1982.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre des Affaires sociales,

Pierre-Marc Johnson

Québec, le 18 juin 1982

Message du Président 8

Hommage à Martin Laberge 10

Chapitre I
La Régie de l'assurance-maladie 11

1.1 Statut et contexte juridique du fonctionnement de la Régie 13
1.2 Rôle de la Régie 13
1.3 Structure de la Régie 13
1.4 Financement des programmes administrés par la Régie 15

Chapitre II
Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1982 17

Chapitre III
Les programmes 23

Les services médicaux 25
Les services dentaires 25
Les services optométriques 26
Les médicaments et les services pharmaceutiques 26
Les prothèses 26
Les bourses et les primes 27
Les services hospitaliers rendus hors du Québec 27
Montants consacrés aux programmes administrés par la Régie selon leurs principales composantes, de 1977 à 1982 (tableau) 28

Chapitre IV
L'administration des programmes 29

4.1 Les bénéficiaires 31
4.2 Les dispensateurs de services de santé 31
4.3 Les mécanismes de contrôle 33
4.4 La contribution de la Régie à l'évaluation du régime d'assurance-maladie 35

Chapitre V
L'administration interne 37

Message du président

La Régie publie son 13e rapport annuel qui traite notamment de son rôle, de son organisation administrative, de son financement, de ses états financiers et de ses principales activités au regard de l'administration du régime d'assurance-maladie et des autres programmes que la loi ou le gouvernement lui confie. Dans la publication Statistiques annuelles 1981 *qui paraîtra à l'automne 1982, le lecteur trouvera une mine de renseignements sur les programmes administrés par la Régie. Les faits qui peuvent être soulignés au cours de l'exercice 1981-1982 sont les suivants:*

sur le plan administratif

- *l'importance accordée à l'utilisation optimale des ressources consacrées à l'administration des programmes par la compression des frais d'administration, qui se situent à moins de 4% du coût des programmes;*
- *la poursuite de l'extension de la bureautique à de multiples applications, notamment à la production de rapports et à la consultation de fichiers;*
- *l'accent mis sur la facturation par support magnétique se traduisant par une augmentation de 17% pour les pharmacies et de 84% pour les médecins, sans compter la mise en oeuvre des travaux pour l'offrir aux dentistes et aux optométristes au début du prochain exercice;*
- *le maintien du recours au système d'appels d'offres dans le choix des aides auditives avec le résultat que le coût moyen est légèrement inférieur à celui de l'année précédente;*
- *la réalisation de nouveaux objectifs en matière de qualité de vie au travail;*
- *l'implantation d'un nouveau système informatisé de traitement des demandes de paiement tenant compte des besoins administratifs de la Régie et de ceux des professionnels de la santé;*
- *la prise en charge, pour le compte de la Commission sur la santé et la sécurité du travail, de la rémunération à salaire et à la vacation des*

professionnels de la santé oeuvrant dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

sur le plan financier

- le coût total des programmes s'est accru de 111 785 000 $ par rapport à 1980-1981, soit une augmentation de 9,2%.

sur le plan du régime

- des changements apportés au programme de médicaments, d'abord le 1er avril 1981 par la couverture des seringues avec aiguilles jetables pour les diabétiques insulinodépendants, puis, le 1er janvier 1982 par l'instauration d'un prix plafond ainsi que des médicaments d'exception et le retrait de plus de trois cents médicaments;
- l'extension, le 2 juillet 1981, des aides pour les handicapés auditifs aux 36 ans ou plus qui possèdent déjà une aide auditive dont le coût a été assumé par la Régie; il en a été de même le 23 septembre 1981 pour les handicapés visuels;
- la mise en place, le 1er avril 1981, du programme d'appareils fournis aux personnes ayant subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes;
- la fourniture de prothèses oculaires, à compter du 1er avril 1981, aux résidents du Québec qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent.

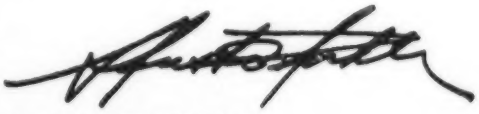
D'autre part, il y a lieu de déplorer le décès survenu le 9 mars 1982 d'un membre de la Régie, le Dr Gérard Hamel. Soulignons aussi le départ d'un directeur, M. André Laliberté.

Mentionnons également qu'en fin d'exercice, le président-directeur général de la Régie, le Dr Martin Laberge, a dû démissionner pour cause de maladie, après avoir dirigé la Régie pendant près de sept ans. Il mérite sûrement nos remerciements et nous tenons à lui offrir nos meilleurs voeux pour un prompt rétablissement.

En terminant, qu'il me soit permis de remercier les membres de la Régie pour leur collaboration, ainsi que tous les employés pour leur compétence, leur dynamisme et leur loyauté. Grâce à eux, la Régie a pu fournir aux bénéficiaires, de même qu'aux professionnels de la santé et aux autres dispensateurs de services assurés, un service courtois, efficace et de qualité.

Elle entend poursuivre dans cette voie au cours du prochain exercice financier.

Le président par intérim,



J.-AUGUSTE MOCKLE

Hommage à Martin Laberge
troisième président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Le 16 mars 1982, le troisième président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le Dr Martin Laberge, informait le ministre qu'il démissionnait de son poste le 2 avril 1982 pour cause de maladie et qu'il entendait oeuvrer au sein de la Régie à titre de conseiller-cadre. Il était président depuis le 1er juin 1975.

Au nom des membres de la Régie, de son personnel et en mon nom, je lui rends ici hommage. Dans la foulée de ses deux prédécesseurs, MM. Robert Després et Yves Martin, il a mis ses qualités d'administrateur au service d'un organisme qu'il était fier de diriger et avec lequel il faisait corps. Sa préoccupation de tous les instants était de la voir au premier rang des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux. De là à proposer des objectifs exigeants, axés sur l'efficacité et la qualité des services aux professionnels de la santé et aux autres dispensateurs de services assurés, ainsi que sur l'utilisation optimale des fonds publics et des ressources consacrées à l'administration des programmes confiés à la Régie. De là aussi le recours à certaines innovations de grande portée, notamment:

- *l'acquisition à moindre coût d'un ordinateur plus puissant en remplacement de deux autres plus petits;*
- *la budgétisation base zéro (BBZ), un précédent dans l'appareil gouvernemental;*
- *l'achat par la Régie de son édifice actuel afin de regrouper les effectifs sous un même toit;*
- *l'introduction du concept de qualité de vie au travail (QVT) et la participation des employés à cet effort d'amélioration de leurs conditions de vie au travail;*
- *la révision complète du système de traitement informatique des demandes de paiement dont les dernières phases se terminaient en décembre 1981.*

Son dynamisme, sa grande détermination et sa ténacité ont permis à la Régie de poursuivre son ascension et d'être à l'avant-garde du progrès, si l'on en juge par les commentaires élogieux des représentants d'autres provinces ou pays lors de leurs visites à la Régie.

Avec l'empreinte qu'il a laissée, tout comme celle de ses deux prédécesseurs, la Régie est assurée de poursuivre ses efforts vers l'excellence administrative. C'est le défi qui nous attend et auquel nous sommes conviés.

J.-AUGUSTE MOCKLE

Chapitre I

La Régie de l'assurance-maladie

Chapitre I
La Régie de l'assurance-maladie

1.1 Statut et contexte juridique du fonctionnement de la Régie

La Régie de l'assurance-maladie a été instituée par la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Lois du Québec, 1969, chapitre 53) sanctionnée le 13 juin 1969.

La Régie est une corporation au sens du Code civil. Elle est investie des pouvoirs généraux d'une corporation et des pouvoirs particuliers que la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec lui confère.

Le ministre des Affaires sociales est responsable de l'application de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à l'exception de la section I (contribution) du chapitre IV (financement) dont l'application relève du ministre du Revenu, et des sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement) du chapitre IV dont l'application relève du ministre des Finances, ainsi que de la Loi sur l'assurance-maladie.

Le ministre des Affaires sociales, avec l'approbation du gouvernement, peut conclure des ententes avec les organismes représentatifs des professionnels de la santé afin d'appliquer la Loi sur l'assurance-maladie. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

1.2 Rôle de la Régie

La Régie a notamment pour fonctions :

d'administrer le régime d'assurance-maladie institué par la Loi sur l'assurance-maladie sanctionnée le 17 juillet 1970 et entrée en vigueur le 1er novembre 1970 ;

d'administrer tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie, et d'en assumer le coût ;

d'assumer, suivant les règlements approuvés par le gouvernement, le coût des rémunérations déterminées par règlement et payables par le gouvernement, ses ministères ou autres organismes aux professionnels de la santé, en vertu de toute loi du Québec autre que la Loi sur l'assurance-maladie.

1.3 Structure de la Régie

1.3.1 Conseil d'administration

Le Conseil de la Régie se compose de quatorze membres, tous nommés par le gouvernement.

Membres[1]	Secteur représenté
Martin Laberge[2]	Président
Jean-Claude Deschênes	Gouvernement Vice-président
Gérard Hamel† Paul Desjardins[3] Yves Comtois Jean-Marie Rodrigue Claude Chicoine	Professions de la santé
Jean-Jacques Minguy[3]	Milieu hospitalier
Nicole Primeau	Consommateurs
Léon Mondoux[3] David M. Stewart	Monde des affaires
Réal Labelle Lucie Dagenais	Monde du travail
Jean Meloche	Gouvernement
Secrétaire Paul-É. Lafrance	

1 En fonction le 31 mars 1982.

2 A démissionné pour cause de maladie et a été remplacé le 2 avril par M. J.-A. Mockle.

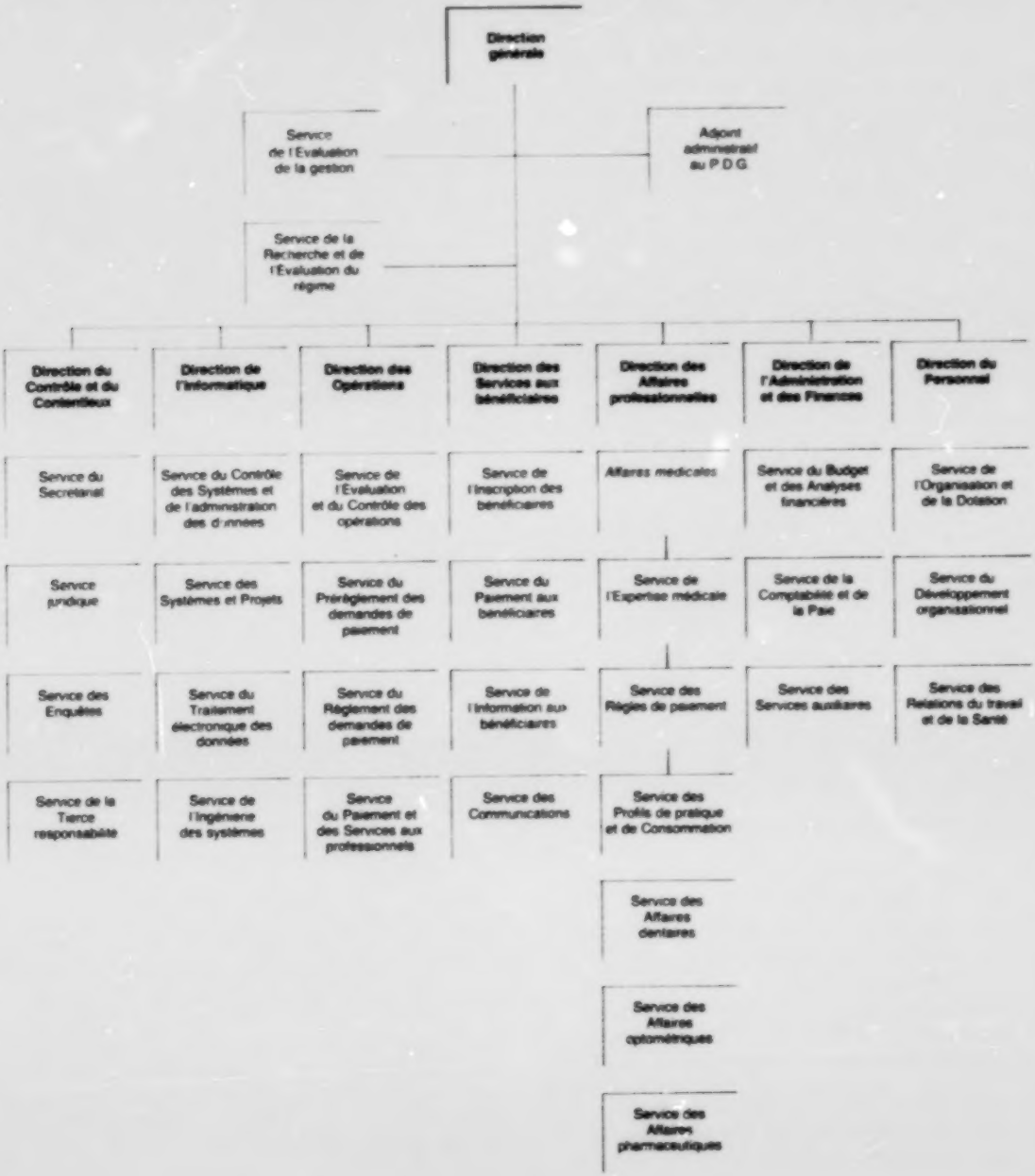
3 Membre du Comité de vérification.

† Décédé le 9 mars 1982.

1.3.2 Organisation administrative

En 1981-1982, le plan de l'organisation administrative de la Régie a été approuvé par le Conseil du trésor. Ainsi, la structure administrative supérieure de la Régie a été remaniée quelque peu, notamment en ce qui concerne la direction des Affaires professionnelles et celle des Services aux bénéficiaires. C'est cependant au niveau de l'infrastructure que les modifications ont été les plus nombreuses en raison des objectifs généraux de la Régie pour les prochaines années et de la diminution significative des effectifs depuis plusieurs années.

Organigramme
de la structure administrative supérieure
de la Régie de l'assurance-maladie
du Québec



L'organisation administrative supérieure comporte sept directions, comme l'illustre l'organigramme ci-contre. M. J.-Auguste Mockle assume la direction des Opérations en plus de sa charge de président-directeur général par intérim ; Me Paul-Émile Lafrance est le titulaire de la direction du Contrôle et du Contentieux ; M. Denis Forcier, par suite d'une promotion, dirige l'Informatique ; le Dr Fernand-J. Hould est directeur des Affaires professionnelles et, par intérim, des Services aux bénéficiaires depuis le départ de la Régie de M. André Laliberté ; enfin, M. Marc St-Pierre est directeur du Personnel et, par intérim, de l'Administration et des Finances.

De plus, M. Maurice Crépin, adjoint administratif au président-directeur général, a annoncé son intention de prendre sa retraite au début du prochain exercice financier.

Le 1er avril dernier, le Dr Martin Laberge, troisième président de la Régie, se voyait contraint par la maladie à résigner sa charge. En poste près de sept ans, il a dirigé la Régie pendant plus de la moitié de son histoire.

1.4 Financement des programmes administrés par la Régie

Pour l'exercice 1981-1982, le coût des programmes administrés par la Régie s'est élevé à 1 328 109 900 $.

La presque totalité des sommes requises pour le financement de ces programmes, c'est-à-dire 1 374 261 000 $, provient, d'une part, du Fonds des services de santé, soit 1 173 435 000 $, et, d'autre part, du gouvernement du Québec qui y contribue pour 191 545 000 $.

1.4.1 Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé, créé par la Loi 11 sanctionnée le 18 juin 1981, est alimenté par une contribution égale à 3% du salaire de chaque employé, que l'employeur remet au ministre du Revenu.

Par la suite, le ministre des Finances répartit également entre la Régie et le ministère des Affaires sociales les sommes versées au Fonds des services de santé. Aux sommes ainsi attribuées à la Régie, le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève à même le Fonds consolidé du Revenu.

1.4.2 Gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par le biais des ministères intéressés, pourvoit au financement des programmes suivants :

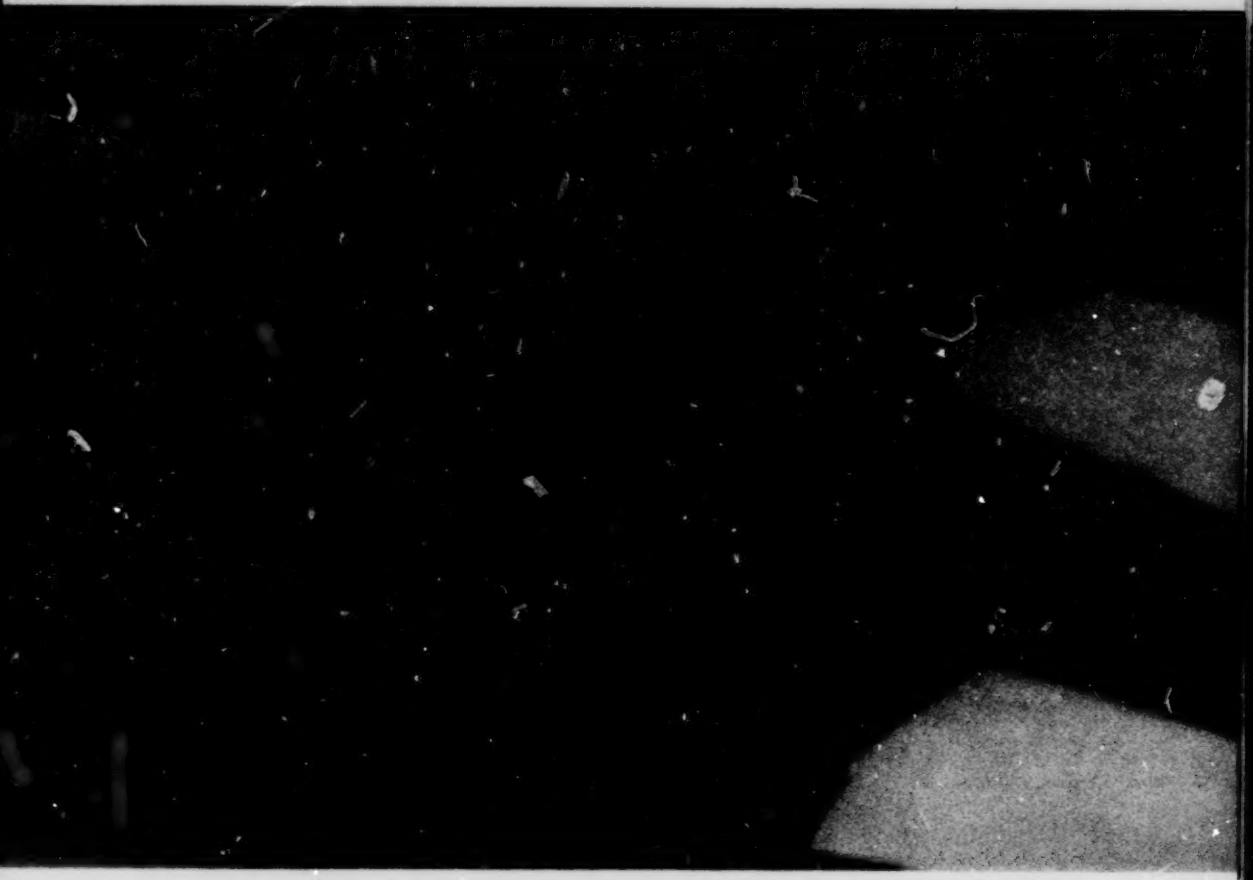
- assistance-maladie (médicaments, aides auditives pour les 36 ans ou plus, services dentaires, services optométriques) destinée aux bénéficiaires de l'aide sociale ;
- rémunération des médecins résidents et des internes ;
- assurance-hospitalisation hors du Québec.

1.4.3 Tierce responsabilité

En 1981-1982, la Régie a recouvré 3 540 000 $ auprès des tiers responsables pour des services rendus aux bénéficiaires de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation à la suite d'accidents, ainsi qu'auprès des ressortissants étrangers pour des soins hospitaliers.

Chapitre II

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1982



Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié l'état de l'actif et du passif de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1982 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que j'ai jugés nécessaires dans les circonstances.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement l'actif et le passif de la Régie au 31 mars 1982 ainsi que le coût et le financement de ses opérations de l'exercice terminé à cette date, selon les conventions comptables énoncées à la note 2, appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,

Rhéal Chatelain, F.C.A.

Québec, le 3 juin 1982

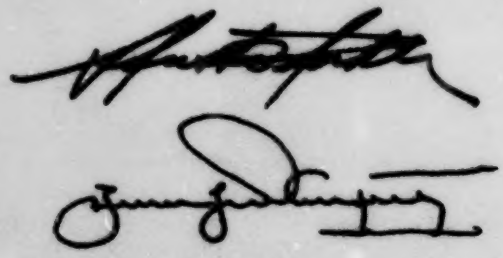
Régie de l'assurance-maladie du Québec
(L.R.Q., c. R-5 et modifications)

Actif et passif au 31 mars 1982

	(MILLIERS $)	
	1982	1981 (note 6)
Actif		
Encaisse et placements à court terme	2 849	5 634
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	196 784	165 348
Frais à récupérer:		
Programme d'assistance-maladie	10 598	11 813
Autres programmes	1 309	7 966
Diverses créances	2 539	1 983
Immeuble du siège social (note 3)	18 068	18 290
	232 147	**211 034**
Passif		
Chèques en circulation	21 934	42 036
Services assurés à payer	186 562	145 508
Divers créditeurs et frais courus	5 583	5 200
Emprunt hypothécaire (note 3)	18 068	18 290
	232 147	**211 034**

Les notes afférentes aux états financiers en font partie intégrante.

Pour la Régie



Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1982

	(MILLIERS $)				
	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes (note 1)	Total 1982	1981 (note 6)
Coût des programmes					
Services médicaux	898 934		48 517	947 451	880 334
Services optométriques	23 527	1 621		25 148	22 837
Services dentaires	94 447	24 508		118 955	106 672
Médicaments et services pharmaceutiques	108 068	44 525		152 593	131 439
Prothèses	9 348	2 690		12 038	8 945
Bourses et primes	2 408			2 408	2 284
Services hospitaliers (note 4)			69 517	69 517	63 814
	1 136 732	73 344	118 034	1 328 110	1 216 325
Recouvrements des tiers responsables et contributions des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			3 050	3 050	5 738
	1 136 732	73 344	114 984	1 325 060	1 210 587
Frais d'administration (note 5)	43 865	4 007	1 329	49 201	43 014
	1 180 597	77 351	116 313	1 374 261	1 253 601
Sources de financement					
Fonds des services de santé	1 173 435			1 173 435	1 083 718
Gouvernement du Québec		77 351	114 194	191 545	165 228
Intérêts sur dépôts et placements	4 027			4 027	2 446
Recouvrements des tiers	490			490	991
Autres	2 645		2 119	4 764	1 218
	1 180 597	77 351	116 313	1 374 261	1 253 601

Les notes afférentes aux états financiers en font partie intégrante.

Notes complémentaires

1. Constitution, fonctions et financement

La Régie, corporation constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a pour fonctions d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère du Travail, de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ainsi que les parties suivantes de programmes du ministère des Affaires sociales: la rémunération des médecins résidents et des internes, le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec ainsi que la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des tiers responsables, des résidents des autres provinces et des ressortissants étrangers.

Le financement du régime d'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous et dans les limites raisonnables de l'importance relative:

a. le montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie imputé au coût des programmes comprend la valeur des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril;

b. la comptabilisation des dépenses relatives aux autres programmes administrés par la Régie se fait selon la méthode de la comptabilité de caisse;

c. les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice;

d. les achats d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputés aux frais d'administration;

e. l'amortissement de l'immeuble du siège social correspond à la partie de l'emprunt hypothécaire remboursée au cours de l'exercice;

f. les revenus des contributions du Fonds des services de santé et ceux provenant du Gouvernement du Québec pour le programme d'assistance-maladie et les autres programmes sont inscrits selon la méthode de la comptabilité d'exercice;

g. les recouvrements des tiers et les contributions des ressortissants étrangers sont comptabilisés lors de leur encaissement.

3. Immeuble du siège social et emprunt hypothécaire

Le coût de l'immeuble du siège social de même que l'amortissement accumulé qui s'y rapporte s'établissent comme suit:

	1982 (Milliers $)	1981 (Milliers $)
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	469	247
	18 068	18 290

Pour financer l'acquisition de l'immeuble du siège social, la Régie a contracté un emprunt hypothécaire de 18 536 894 $, composé d'une part d'un montant de 15 169 684 $ au taux de 10¾% et d'autre part d'un montant de 3 367 210 $ au taux de 11,4%, remboursable par versements mensuels de 175 149 $ comprenant capital et intérêts sur une période de 23 ans et 7 mois et sujet à une première clause de rappel le 18 juillet 1983. Le remboursement de cet emprunt est garanti par le gouvernement du Québec.

4. Services hospitaliers

	1982 (Milliers $)	1981 (Milliers $)
Services hospitaliers rendus hors du Québec à ses résidents	67 398	63 814
Services hospitaliers rendus au Québec aux résidents des autres provinces	2 119	—
	69 517	**63 814**

5. Frais d'administration

	1982 (Milliers $)	1981 (Milliers $)
Traitements et avantages sociaux	34 894	29 942
Locaux, équipement et ameublement	6 445	5 590
Fournitures et approvisionnements	2 306	2 374
Services de transport et de communication	2 455	2 197
Intérêts sur emprunt hypothécaire	1 879	1 896
Amortissement de l'immeuble du siège social	222	200
Autres frais	1 000	815
	49 201	**43 014**

6. Chiffres comparatifs

Les recouvrements des tiers responsables et les contributions des ressortissants étrangers relativement à des soins hospitaliers sont montrés en réduction du coût des Autres programmes alors que, pour l'exercice 1980-1981, ils avaient été considérés comme source de financement du régime d'assurance-maladie.

Les données financières de l'exercice précédent ont été redressées pour les rendre comparables à celles de l'exercice 1981-1982.

Chapitre III
Les programmes

Chapitre III
Les programmes

La présente section décrit tous les programmes administrés par la Régie soit en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, soit en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie.

Toutes les personnes qui ont le statut de résident du Québec (selon la Loi sur l'assurance-maladie) sont admissibles au régime d'assurance-maladie. Certains programmes, cependant, ne s'adressent qu'à des catégories spécifiques de personnes, notamment aux enfants, aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Les montants consacrés aux programmes administrés par la Régie au cours des cinq dernières années figurent en détail dans le tableau de la page 28.

Les services médicaux

Le programme de services médicaux[1] est entré en vigueur le 1er novembre 1970. Tous les résidents du Québec y sont admissibles. Il comprend les services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation rendus par les médecins dans leur cabinet de consultation, à domicile ou dans les établissements hospitaliers.

En 1981-1982, le coût des services médicaux a atteint 830 710 000 $. Cela comprend les rémunérations à l'acte, à salaire et à la vacation versées aux médecins ainsi que les remboursements aux bénéficiaires.

En outre, en 1981-1982, la Régie a versé 67 941 000 $ en rémunération des services diagnostiques et thérapeutiques couverts par l'assurance-hospitalisation. La Régie paye directement les médecins rémunérés en vertu de ce régime depuis le 1er mai 1977.

Enfin, depuis le 3 septembre 1978, la Régie administrait le programme de rémunération des médecins résidents et des internes pour le compte du ministère des Affaires sociales ; depuis le 1er avril 1982, ce programme est maintenant administré pour le compte du ministère de l'Éducation. À ce chapitre, la Régie a versé 48 517 000 $ aux établissements en 1981-1982.

Les services dentaires

Les services dentaires se subdivisent en trois programmes : chirurgie buccale pour tous les résidents du Québec[1], services dentaires pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale[1], ainsi que prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale fournies par les dentistes[1] ou par les denturologistes[2].

Depuis l'instauration du régime d'assurance-maladie, en 1970, tous les résidents du Québec peuvent bénéficier du programme de chirurgie buccale qui comprend les examens, les consultations, la radiologie (depuis avril 1979), l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire et la chirurgie buccale proprement dite. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont requis au point de vue de la santé dentaire et rendus par un dentiste ou par un spécialiste en chirurgie buccale dans un centre hospitalier ou dans un établissement d'enseignement universitaire déterminé par règlement. En 1981-1982, 4 461 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Des services dentaires sont assurés pour les enfants depuis le 1er mai 1974 ; à ce moment-là, seuls les enfants de moins de huit ans y avaient droit. Depuis, le champ d'application a connu des extensions le 1er mai de chacune des années suivantes : aux enfants de 8 ans en 1975, de 9 ans en 1976, de 10 et 11 ans en 1977, de 12 et 13 ans en 1978, de 14 ans en 1979 et de 15 ans en 1980. Depuis avril 1979, des ententes conclues entre le ministre des Affaires sociales et les associations de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale ont élargi la gamme des services assurés, permettant aux enfants de recevoir la plupart des services dentaires de nature diagnostique, préventive et curative en milieu hospitalier ou en cabinet. En 1981-1982, le coût des services dentaires fournis aux enfants a atteint 95 564 000 $.

Les services dentaires rendus aux bénéficiaires de l'aide sociale sont couverts par le régime d'assurance-maladie depuis l'entrée en vigueur de la Loi 84 en avril 1979. Auparavant, soit de janvier 1976 à avril 1979, cette partie du programme était administrée par la Régie pour le compte du ministère des Affaires sociales. En 1981-1982, 9 989 000 $ ont été versés à ce chapitre.

Depuis avril 1979 également, les bénéficiaires de l'aide sociale ont droit aux prothèses acryliques fournies par les dentistes et les denturologistes. En 1981-1982, 8 941 000 $ ont été versés à ce titre, dont 2 753 000 $ aux dentistes et 6 188 000 $ aux denturologistes.

Les services optométriques

Entré en vigueur avec le régime, le 1er novembre 1970, le programme de services optométriques[1] s'adresse à tous les résidents du Québec. Il couvre l'examen des yeux, l'analyse de leurs fonctions, l'étude des troubles visuels et les traitements qui en découlent. En 1981-1982, le coût du programme a atteint 25 148 000 $.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments[1], entré en vigueur le 1er août 1972, couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre des Affaires sociales sur recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie. (Depuis le 1er avril 1981, les seringues avec aiguilles jetables utilisées par les diabétiques insulinodépendants sont inscrites sur la *Liste de médicaments*.)

Initialement, seuls les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires de certaines autres mesures d'aide sociale gouvernementale avaient droit à ces médicaments et services. Progressivement, le programme a été étendu aux résidents du Québec âgés de 65 ans ou plus ; au 1er octobre 1977, toutes ces personnes y étaient admissibles.

En 1981-1982, environ 563 000 personnes âgées pouvaient bénéficier du programme. Dans cette tranche de population, le coût des médicaments et des services a atteint 108 067 000 $. Par ailleurs, environ 504 000 personnes (moyenne mensuelle) bénéficiant de l'aide sociale ou d'autres mesures d'aide sociale gouvernementale étaient admissibles au programme. Les médicaments et les services ont coûté dans leur cas 44 526 000 $.

Le 1er janvier 1982, le programme de médicaments subissait des modifications destinées à réduire son coût ou à en freiner le taux de croissance. La plus importante est l'établissement d'un prix plafond auquel sont remboursés certains médicaments inscrits sur la liste officielle. Ce prix plafond correspond au prix médian, c'est-à-dire au prix situé au point milieu d'une gamme de prix observés pour un médicament donné. D'autre part, les bénéficiaires du programme peuvent maintenant obtenir gratuitement certains produits en vertu de la procédure dite du médicament d'exception. Enfin, un certain nombre de médicaments peu coûteux, utiles mais non essentiels, ont été retirés de la liste.

Les prothèses

Le programme de prothèses et d'appareils orthopédiques[1], entré en vigueur le 1er juillet 1975, couvre les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements déterminés par règlement, qui suppléent à une déficience ou à une difformité physique, et qui sont fournis aux conditions prescrites. En 1981-1982, 8 155 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Le programme d'aides pour les handicapés visuels[1], établi le 30 novembre 1977, s'adressait alors aux moins de 18 ans. Le 1er décembre 1978, les handicapés de 18 à 35 ans inclusivement y devenaient admissibles. Par ailleurs, quel que soit leur âge, les handicapés peuvent obtenir le remboursement des frais d'entretien des chiens-guides depuis le 25 juillet 1979, et des frais d'achat des cannes blanches depuis le 13 août 1980. Enfin, depuis le 23 septembre 1981, les handicapés âgés de 36 ans ou plus qui possèdent déjà une aide payée par la Régie peuvent continuer à bénéficier du programme. En 1981-1982, 230 000 $ ont été versés dans le cadre de ce programme.

Le programme d'aides pour les handicapés auditifs[1], qui s'adresse aux handicapés de 35 ans ou moins, est entré en vigueur le 22 août 1979. Depuis

le 2 juillet 1980, les handicapés âgés de plus de 35 ans qui bénéficient de l'aide sociale[2] sont également admissibles. Enfin, depuis le 2 juillet 1981, les handicapés âgés de 36 ans ou plus qui possèdent déjà une aide payée par la Régie peuvent continuer à bénéficier du programme. En 1981-1982, le coût de ce programme a atteint 1 830 000 $.

Le programme de prothèses mammaires externes[2] est entré en vigueur le 1er janvier 1978. En 1981-1982, il a coûté 198 000 $.

Le programme d'appareils fournis aux stomisés[2] a été créé le 1er avril 1981 ; il s'adresse aux résidents du Québec qui ont subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Au début, parmi les bénéficiaires de l'aide sociale, seuls ceux qui avaient subi l'intervention après le 1er avril 1981 étaient admissibles. Le 1er janvier 1982, le programme a été étendu à tous les bénéficiaires de l'aide sociale. En 1981-1982, il a coûté 1 523 000 $.

Le programme de prothèses oculaires[2] est également entré en vigueur le 1er avril 1981. Les résidents du Québec qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent y sont admissibles, sauf ceux qui bénéficient d'un programme semblable administré en vertu d'une autre loi que la Loi sur l'assurance-maladie. En 1981-1982, le programme a coûté 102 000 $.

Les bourses et les primes

La Loi sur l'assurance-maladie donne au ministre des Affaires sociales le pouvoir d'accorder des bourses d'études et des bourses de recherche[1] payées par la Régie. En 1981-1982, 426 000 $ ont été versés en bourses d'études et 1 860 000 $ en bourses de recherche.

Le 1er juin 1978 entrait en vigueur un programme de primes d'encouragement[2] ayant pour but de favoriser une meilleure répartition des médecins psychiatres dans le territoire du Québec. En 1981-1982, son coût a atteint 122 000 $.

Depuis l'adoption de la Loi 84 de 1979, le ministre des Affaires sociales a le pouvoir d'accorder des primes d'encouragement[1] aux professionnels de la santé qui acceptent de fournir des services assurés dans des territoires désignés par lui. En 1981-1982, aucune prime n'a été versée dans le cadre de ce programme.

Les services hospitaliers rendus hors du Québec

En 1981-1982, le coût du programme de services rendus hors du Québec[2] en vertu du régime d'assurance-hospitalisation s'est élevé a 69 517 000 $. Cette somme a été versée sous forme de paiements aux établissements hospitaliers ou sous forme de remboursements aux bénéficiaires.

1 Programme administré par la Régie en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie

2 Programme administré par la Régie en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie

Montants consacrés aux programmes administrés par la Régie selon leurs principales composantes, de 1977 à 1982 (en milliers de dollars)[1]

	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1980-1981	1981-1982
Services médicaux	**610 660**	**685 851**	**770 366**	**880 334**	**947 451**
Services médicaux	**610 502**	**615 899**	**672 355**	**781 116**	**830 710**
Rémunération à l'acte	544 029	578 448	628 174	720 347	754 110
Omnipraticiens	202 897	237 394	261 166	306 749	321 016
Spécialistes	330 786	330 602	354 927	401 816	419 994
Professionnels hors Québec	7 845	7 705	8 475	7 572	8 788
Remboursements aux bénéficiaires	2 501	2 747	3 606	4 210	4 312
Remboursement des rémunérations versées	38 875	—	—	—	—
Rémunération à salaire et à la vacation	27 598	37 451	44 181	60 769	76 600
Salaires	14 496	19 791	22 411	31 244	38 763
Vacations	13 102	17 660	21 770	29 525	37 837
Rémunération des résidents et des internes	**—**	**17 231**	**33 653**	**36 434**	**48 517**
Services diagnostiques et thérapeutiques	**—**	**52 504**	**64 181**	**62 575**	**67 941**
Remboursements au ministère de la Justice	**158**	**217**	**177**	**209**	**283**
Services optométriques	**15 113**	**17 834**	**19 511**	**22 837**	**25 148**
Services dentaires	**37 288**	**48 159**	**84 564**	**106 672**	**118 955**
Chirurgie buccale	**2 750**	**2 850**	**3 226**	**3 973**	**4 461**
Services dentaires	**34 538**	**45 309**	**74 036**	**93 366**	**105 553**
Enfants	33 137	44 035	68 957	85 075	95 564
Bénéficiaires de l'aide sociale	1 401	1 274	5 079	8 291	9 989
Prothèses dentaires (B.A.S.)	**—**	**—**	**7 302**	**9 333**	**8 941**
Dentistes	—	—	2 106	2 810	2 753
Denturologistes	—	—	5 196	6 523	6 188
Médicaments et services pharmaceutiques	**71 239**	**94 238**	**109 518**	**131 439**	**152 593**
Bénéficiaires de l'aide sociale	27 823	28 402	32 655	39 301	44 526
Personnes âgées	43 416	65 836	76 863	92 138	108 067
Prothèses	**2 628**	**5 051**	**7 194**	**8 945**	**12 038**
Prothèses et appareils orthopédiques	**2 608**	**4 601**	**5 212**	**6 495**	**8 155**
Aides pour les handicapés visuels	**10**	**188**	**267**	**368**	**230**
Aides pour les handicapés auditifs (– 36 ans)	**—**	**—**	**1 490**	**1 451**	**896**
Aides pour les handicapés auditifs (B.A.S.)	**—**	**—**	**—**	**420**	**934**
Prothèses mammaires externes	**10**	**262**	**225**	**211**	**198**
Prothèses oculaires	**—**	**—**	**—**	**—**	**102**
Appareils pour stomisés permanents	**—**	**—**	**—**	**—**	**1 523**
Bourses et primes	**1 149**	**1 689**	**2 001**	**2 284**	**2 408**
Bourses d'études	**238**	**213**	**331**	**393**	**426**
Bourses de recherche	**911**	**1 232**	**1 517**	**1 719**	**1 860**
Primes d'encouragement aux psychiatres	**—**	**244**	**153**	**172**	**122**
Services hospitaliers rendus hors du Québec	**40 628**	**48 338**	**50 881**	**63 814**	**69 517**
Total	**778 705**	**901 160**	**1 044 015**	**1 216 325**	**1 328 110**

1 Le calcul du coût des programmes, à partir de l'exercice 1979-1980, englobe le coût des programmes administrés pour le compte du MAS. Les données antérieures ont été révisées en conséquence et peuvent être différentes des données publiées dans les rapports annuels précédents.

Chapitre IV
L'administration des programmes

Chapitre IV
L'administration des programmes

4.1 Les bénéficiaires

La Loi 84 de 1979, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie, oblige le bénéficiaire, depuis le 1er novembre 1979, à présenter sa carte d'assurance-maladie au professionnel de la santé lorsqu'il reçoit des services assurés. S'il ne le fait pas, il doit payer les frais et se faire ensuite rembourser par la Régie.

La Loi prévoit des cas où le professionnel de la santé est rémunéré par la Régie même si le bénéficiaire n'a pas présenté sa carte : si le bénéficiaire est dans un état requérant des soins urgents ; s'il est âgé de moins d'un an ; s'il a entre 14 et 18 ans et qu'il reçoit des services assurés sans l'autorisation de ses parents, et enfin, s'il est admis dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier pour y recevoir des soins prolongés.

Afin de simplifier les formalités administratives, les professionnels de la santé ont été avisés que la carte n'était pas requise lorsqu'ils ont dans leurs dossiers le numéro d'assurance-maladie du bénéficiaire. Toutefois, ils doivent vérifier périodiquement si le bénéficiaire possède sa carte. Les dispositions qui concernent la carte d'assurance-maladie valent pareillement pour le carnet de réclamation détenu par les bénéficiaires de l'aide sociale et prouvant leur admissibilité aux programmes qui leur sont destinés.

Le bénéficiaire qui a dû payer un professionnel de la santé soumis à une entente, parce qu'il n'avait pas présenté sa carte d'assurance-maladie, peut obtenir un remboursement de la Régie sur présentation d'une demande de paiement ou de remboursement rédigée par le professionnel de la santé. Celui-ci ne peut exiger du bénéficiaire que la rémunération prévue par l'entente.

Entre le 1er avril 1981 et le 31 mars 1982, la Régie a reçu 19 621 demandes de remboursement de la part de bénéficiaires qui n'avaient pas présenté leur carte, soit une diminution de 6 163 demandes, ou de 24%, par rapport à l'exercice précédent. Durant la même période, 52 811 431 demandes de paiement ont été envoyées à la Régie par les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens. Les demandes de remboursement ne représentent que 0,03% de la somme de ces demandes de paiement et des demandes de remboursement reçues par la Régie en 1981-1982.

Mentionnons qu'un changement touchant les bénéficiaires de l'aide sociale est survenu le 1er novembre 1981. Le carnet de réclamation, qui était auparavant valable pour trois mois, leur est maintenant délivré mensuellement.

4.2 Les dispensateurs de services de santé

4.2.1 Les professionnels de la santé

Au regard du régime d'assurance-maladie, les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, omnipraticiens et spécialistes, dentistes, spécialistes en chirurgie buccale, optométristes et pharmaciens peuvent choisir l'un des trois statuts suivants : professionnel soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel soumis à une entente exerce sa profession dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie selon le tarif de l'entente.

Le professionnel désengagé exerce sa profession hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré selon le tarif de l'entente. Toutefois ses honoraires sont versés au bénéficiaire par la Régie. Les pharmaciens n'ont pas droit au désengagement.

Le professionnel non participant exerce sa profession hors du cadre du régime et fixe lui-même le tarif de ses honoraires ; ceux-ci lui sont payés par le bénéficiaire.

Au 31 mars 1982, on dénombrait au Québec 16 887 professionnels de la santé répartis comme suit :

	Soumis à une entente	Désengagés	Non participants
Omnipraticiens	6 229	3	11
Spécialistes	6 109	2	35
Dentistes	2 238	3	227
Spécialistes en chirurgie buccale	40	—	—
Optométristes	793	—	1
Pharmaciens propriétaires[1]	1 192	—	4

1 Pour 1 343 pharmacies.

Certains professionnels de la santé établis dans les régions voisines des frontières du Québec adhèrent au régime d'assurance-maladie québécois. Au 31 mars 1982, on comptait parmi ceux-ci 461 omnipraticiens, 543 spécialistes, 10 dentistes, 30 optométristes et 9 pharmaciens.

Les ententes se terminant les 31 mai et 31 juillet 1981 sont demeurées en vigueur.

4.2.2 Les autres dispensateurs

Certains dispensateurs autres que les professionnels de la santé fournissent aux bénéficiaires des services couverts par l'assurance-maladie. Ce sont les audioprothésistes, les denturologistes, les ocularistes et les établissements et laboratoires conventionnés.

Ces dispensateurs signent avec la Régie des accords individuels les autorisant à fournir des services assurés rémunérés par elle pour le compte des bénéficiaires.

Au 31 mars 1982, on dénombrait au Québec 861 dispensateurs de services autres que des professionnels de la santé, répartis comme suit selon les programmes :

Aides auditives	92 audioprothésistes
Prothèses dentaires	746 denturologistes
Prothèses oculaires	3 ocularistes
Aides visuelles	2 établissements
Prothèses et appareils orthopédiques	7 établissements 11 laboratoires

4.3 Les mécanismes de contrôle

4.3.1 Les mécanismes de contrôle lors du traitement des demandes de paiement

Une série de vérifications sont faites lors du traitement des demandes de paiement afin de s'assurer que la Loi, les règlements et les ententes ont été respectés : c'est la validation. Elle porte sur les renseignements contenus dans la demande de paiement, concernant le bénéficiaire, le professionnel de la santé, les services rendus et le montant des honoraires demandés.

Les programmes de services médicaux, optométriques, de chirurgie buccale en milieu hospitalier et de prothèses sont accessibles à tous les résidents du Québec ; d'autres programmes, cependant, ne s'adressent qu'à certaines catégories de bénéficiaires. La validation permet de s'assurer que la personne qui a reçu des services y avait effectivement droit.

Le professionnel de la santé doit détenir un permis d'exercice et être inscrit au fichier de sa corporation ou de son ordre, ainsi qu'au fichier de la Régie de l'assurance-maladie à titre de professionnel soumis à une entente ou de professionnel désengagé.

En ce qui concerne les services et les honoraires, la validation consiste notamment à s'assurer que :

- les services sont assurés ;
- les services sont conformes à ce qui a été négocié dans les ententes conclues entre le ministre des Affaires sociales et les organismes représentatifs des professionnels de la santé ;
- les honoraires demandés sont conformes au tarif prévu par l'entente ;
- les services n'ont pas déjà été payés (double facturation) ;
- les services ont été fournis durant la période d'admissibilité du bénéficiaire, le cas échéant ;
- des honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels différents ;
- les services ne sont pas inclus dans d'autres services.

Lorsque la Régie est d'avis que les services n'ont pas été fournis conformément à l'entente, elle peut en refuser le paiement. Les griefs qui en résultent sont tranchés par le conseil d'arbitrage prévu par l'entente.

4.3.2 Les mécanismes de contrôle après le paiement des services

D'autres contrôles sont effectués après le paiement des services. Outre qu'ils complètent la vérification de la conformité de la demande de paiement au regard de la Loi, des règlements et des ententes, ils permettent de s'assurer de l'authenticité des services et d'observer la fréquence de leur dispensation.

La vérification des services rendus

Environ 1% des demandes de paiement font l'objet d'une vérification auprès des bénéficiaires. C'est ainsi qu'en 1981-1982, 530 000 formulaires de vérification ont été adressés aux bénéficiaires pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un professionnel de la santé. Les demandes de paiement qui font l'objet d'une vérification sont choisies au hasard, par ordinateur. En janvier, la liste des professionnels de la santé dont les demandes de paiement n'ont pas fait l'objet de vérifications est mise à jour.

La Régie donne suite à toutes les déclarations de services non reçus. Un sondage est alors mené auprès d'autres bénéficiaires qui ont été traités par le professionnel en cause afin de déceler éventuellement d'autres cas de services non rendus et d'apprécier l'ampleur du phénomène. Généralement, le sondage démontre que les services ont bien été rendus. Dans le cas contraire, une recherche plus poussée est effectuée : entrevue avec le professionnel ou enquête.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel ne les a pas fournis lui-même, elle peut alors procéder au recouvrement des sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient au professionnel de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie n'est pas fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Un professionnel reconnu coupable en vertu du Code criminel est considéré comme non participant pour une période de 6 mois s'il s'agit d'une première infraction, ou de 12 mois s'il s'agit d'une infraction subséquente. La majorité des poursuites sont toutefois intentées en vertu de la Loi sur les poursuites sommaires, et les amendes imposées sont versées au Fonds consolidé du Revenu.

Les profils de pratique

Le profil de pratique est la reconstitution statistique de l'activité de chaque professionnel de la santé, à partir des renseignements qui figurent sur les demandes de paiement.

Le profil de pratique comporte, entre autres, les données suivantes :

- le coût total des services rendus ;
- le coût moyen par bénéficiaire ;
- le nombre moyen d'actes par bénéficiaire ;
- la fréquence de certains actes spécifiques ;
- le coût moyen des actes ;
- la répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé peut alors être comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères de même discipline exerçant essentiellement dans des conditions semblables.

En règle générale, les profils individuels qui s'écartent de façon importante de la moyenne observée dans le groupe témoin sont analysés. Si, par suite de l'analyse d'un profil, les professionnels de la Régie ne peuvent expliquer ou justifier les écarts observés, une entrevue a lieu avec le professionnel en cause pour obtenir toutes les explications nécessaires à l'étude du dossier.

Lorsqu'enfin, à la suite de ces recherches, certains points demeurent obscurs, le dossier est soumis à diverses instances selon la nature des irrégularités :

- au service des Enquêtes si la Régie doute que les services soient authentiques ou conformes, au sens de la Loi, des règlements ou des ententes ;
- à la corporation professionnelle lorsque la qualité des services est mise en doute ;
- à l'un des 4 comités de révision actuels si la Régie est d'avis que les services assurés, ou une partie des services assurés, n'étaient pas requis au point de vue médical, optométrique, dentaire ou pharmaceutique et que, par conséquent, ils ont été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Les comités de révision des omnipraticiens, des spécialistes, des dentistes et spécialistes en chirurgie buccale et des optométristes ont été créés en 1973 en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie. En 1979, la Loi 84 modifie la structure des comités et précise leur mandat. En 1981, la Loi 27 apporte une nouvelle modification aux comités de révision, qui porte sur la constitution du quorum et sur l'expiration du mandat.

Après étude du dossier qui lui a été soumis, le comité recommande à la Régie, selon le cas, de payer le montant réclamé en tout ou en partie, de refuser de payer ce montant, ou d'exiger le remboursement de ce qui a été payé en trop. La Régie doit rendre une décision motivée et procéder, s'il y a lieu, à la compensation, sauf si la décision de la Régie n'est pas conforme à la recommandation du comité de révision. Elle doit de plus en aviser le professionnel de la santé, la corporation professionnelle et la fédération ou l'association professionnelle intéressées. Un professionnel qui se croit lésé peut interjeter appel devant la Commission des affaires sociales ; il lui appartient alors de prouver que la décision de la Régie est mal fondée, sauf si elle n'est pas conforme à la recommandation du comité de révision, auquel cas le fardeau de la preuve incombe à la Régie. Aucune recommandation d'un

comité de révision ne doit être interprétée comme une appréciation de la compétence du professionnel ou de la qualité des services fournis.

4.4 La contribution de la Régie à l'évaluation du régime d'assurance-maladie

La politique, les objectifs et les contraintes qui encadrent le régime d'assurance-maladie découlent de décisions extérieures à la Régie, étant donné que l'élaboration de la loi et des règlements ainsi que la négociation des ententes relèvent du ministre des Affaires sociales. Cependant, ce sont les renseignements recueillis dans l'administration du régime qui peuvent servir à ceux qui ont la responsabilité des prises de décision. La diffusion de l'information est, en conséquence, une des fonctions essentielles de la Régie. Cette fonction lui est d'ailleurs assignée en vertu de l'article 2d de la Loi sur la Régie de l'assurance-maladie, qui précise que la Régie doit publier de l'information sur *«la nature, la fréquence, la provenance, la destination, la distribution ainsi que le coût des services assurés qu'elle a payés»*, de même que sur *«la rémunération totale et moyenne des professionnels de la santé, par catégories et spécialités, par régions, ainsi que par types d'actes»*.

À cette fin, la Régie diffuse non seulement des données brutes, mais également des analyses basées sur ces mêmes données. Cet enrichissement de l'information est utile pour assurer la pleine contribution de la Régie à la définition et à l'évolution de son cadre administratif.

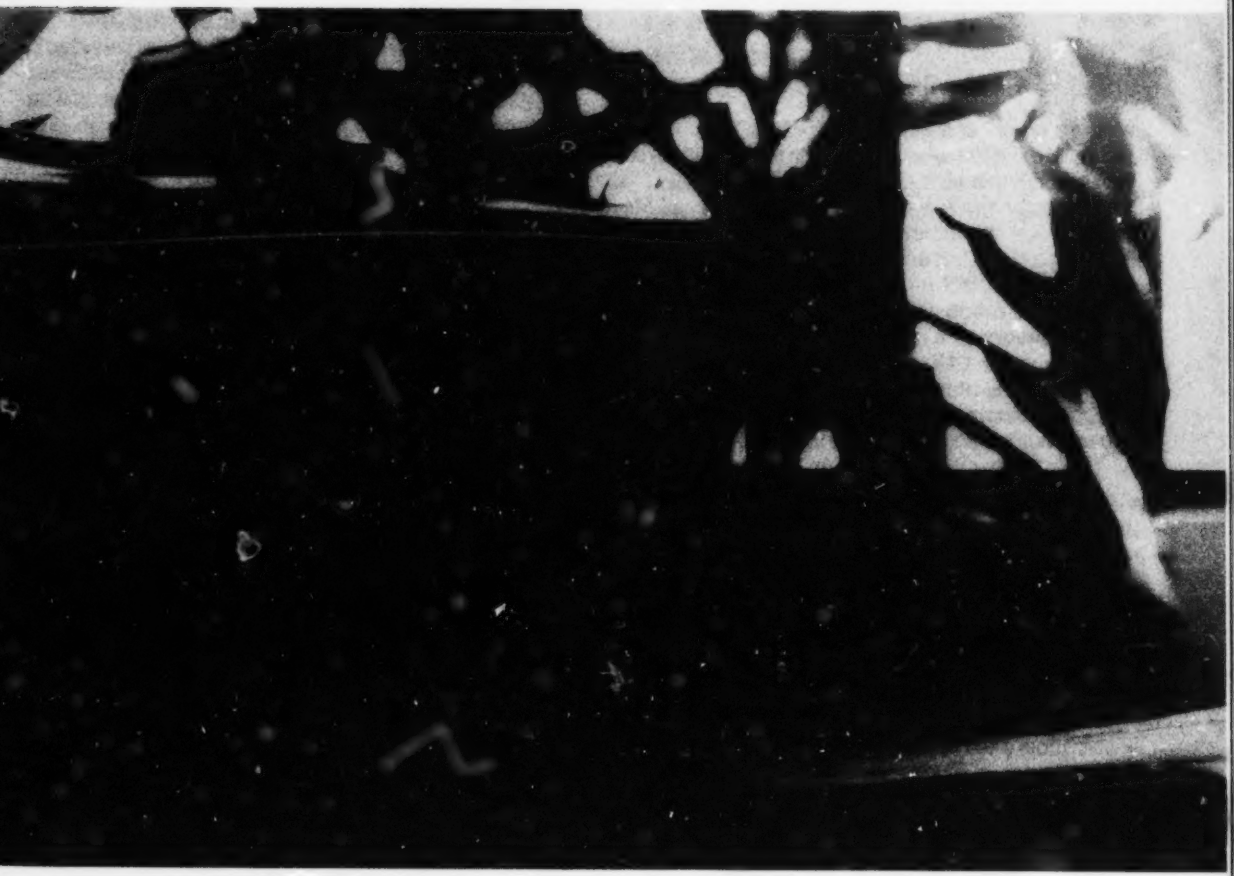
La Régie communique cette information par différents moyens. Tout d'abord, elle transmet des copies de ses fichiers et sous-fichiers aux utilisateurs intensifs que sont le ministère des Affaires sociales et les associations professionnelles ; ces copies respectent évidemment l'anonymat du professionnel et du bénéficiaire. En outre, la Régie produit annuellement des répartitions statistiques détaillées qui lui permettent de répondre aux demandes les plus fréquentes en provenance des milieux gouvernemental, professionnel et universitaire comme, par exemple, le nombre et le coût de certains services selon l'âge et le sexe des bénéficiaires.

Par ailleurs, les *Statistiques annuelles,* publiées à l'intention de tous les organismes, groupes et individus intéressés au domaine de la santé, fournissent une série de tableaux portant sur les différents programmes et les principales variables comme les catégories de services, la spécialité des professionnels, l'âge et le sexe des bénéficiaires ainsi que la région socio-sanitaire. On y trouve également des textes explicatifs sur l'évolution des principales caractéristiques de la consommation et de la dispensation des services assurés. Une série de plaquettes présente également pour chacun des programmes, et sous une forme simplifiée, des extraits des *Statistiques annuelles.* Enfin, la Régie participe à des études concernant l'influence des ententes sur la dispensation des services de santé, notamment en ce qui a trait au mode de rémunération.

L'amélioration de la qualité des données sur le bénéficiaire, par suite de l'obligation de présenter la carte d'assurance-maladie, permettra une utilisation accrue de l'ensemble des données de la Régie à des fins de planification et d'évaluation, par le ministère des Affaires sociales, du degré de réalisation des objectifs du régime.

Chapitre V

L'administration interne



Chapitre V
L'administration interne

Depuis douze ans, la Régie administre le régime d'assurance-maladie. Au fil des ans, la gamme des services assurés s'est élargie et les critères d'admissibilité se sont diversifiés. Le nombre de professionnels de la santé adhérant au régime a augmenté et la participation de la population s'est accrue.

L'évolution de la Régie s'est faite en fonction de la nécessité de traiter un volume toujours plus considérable de demandes de paiement tout en restant fidèle à ses deux préoccupations fondamentales : régler les demandes de paiement le plus rapidement possible et s'assurer que la Loi, les règlements et les ententes ont été respectés.

La Régie est soucieuse de payer les professionnels de la santé et de rembourser les bénéficiaires avec efficacité et diligence tout en réduisant le plus possible les formalités administratives. En 1981-1982, plus de 53 000 000 de demandes de paiement ont été traitées. Les frais d'administration de la Régie se sont élevés à 49 201 300 $, ce qui représente 3,7% du coût des programmes.

Comme dans les années antérieures, la Régie a poursuivi son objectif de gestion optimale des fonds publics, d'une part, et de ses ressources humaines et matérielles, d'autre part. En 1981-1982, parmi les développements découlant des mesures particulières adoptées dans cette optique, nous pouvons mentionner :

L'évolution de la bureautique

La bureautique a continué à évoluer à la Régie en 1981-1982 et le réseau de traitement de textes informatisé comprend maintenant quelque 25 écrans cathodiques et 8 imprimantes reliés à deux contrôleurs IBM 8100 qui communiquent avec l'ordinateur central. La bureautique à la Régie comprend aussi un réseau de terminaux APL pouvant accéder à un système de production informatisée de graphiques et de tableaux.

Une soixantaine de personnes provenant de diverses unités administratives de la Régie ont été formées à l'utilisation de ces appareils et s'en servent pour de multiples applications telles que la rédaction et la mise à jour des manuels des professionnels de la santé et des manuels de régie interne, la correspondance avec le public, la production de rapports et la consultation de fichiers informatiques.

La progression constante de la facturation par supports magnétiques

La Loi 84 de 1979 a permis à la Régie de prescrire de nouveaux modes de facturation des honoraires. Cette mesure avait pour but de simplifier les formalités administratives par l'introduction de procédés plus efficaces, notamment les supports magnétiques. Les pharmaciens ont été les premiers à les utiliser, déjà en 1979, et en 1980, les médecins ont commencé à présenter leurs demandes d'honoraires sous cette forme. À la fin du présent exercice financier, 647 pharmacies et 710 médecins utilisaient ce procédé, ce qui représente une augmentation remarquable par rapport à l'exercice précédent où 553 pharmacies et 386 médecins seulement utilisaient les supports magnétiques.

Ce sont des agences de traitement des données qui, à la demande des professionnels de la santé agréés par la Régie, sont autorisées à présenter les demandes d'honoraires en leur nom. Actuellement, trois agences traitent les demandes des pharmaciens et sept, celles des médecins. La facturation par supports magnétiques représentait, au 31 mars, 56,6% des demandes de paiement chez les pharmaciens et 2,2% chez les médecins.

Enfin, les préparatifs sont en cours pour accorder l'agrément pendant le prochain exercice aux dentistes et aux optométristes qui voudront opter pour ce mode de facturation.

Le résultat des appels d'offres pour l'achat des aides auditives

En 1981-1982, la Régie a de nouveau révisé sa liste d'aides auditives. Pour la deuxième année consécutive, c'est par un appel d'offres qu'elle a sélectionné les fournisseurs dont les appareils présentaient la meilleure qualité aux prix les plus avantageux. Cette façon de procéder a encore une fois permis de réduire le coût moyen des appareils, qui est passé de 152 $ en 1979 à 140 $ en 1980 et à 139 $ en 1981.

La réalisation des objectifs portant sur l'amélioration de la qualité de la vie au travail

En 1981-1982, la Régie a raffermi son action concernant l'amélioration de la qualité de la vie au travail de ses employés. Ses principales réalisations à ce chapitre ont pris la forme de programmes et de mesures axés sur la reconnaissance des efforts, la prise en considération du facteur humain, la préparation aux concours, l'encouragement à la mobilité interne et la révision des critères et modalités de réaffectation.

Les services aux bénéficiaires

En 1981-1982, 1 272 323 cartes d'assurance-maladie venues à expiration ont été renouvelées. Au cours de la même période, 468 931 cartes ont été délivrées, dont 134 686 à la suite d'inscriptions de nouveau-nés pour la plupart, et 334 245 en remplacement de cartes perdues, volées ou endommagées, ou sur lesquelles des corrections ont dû être apportées à la demande du bénéficiaire. Les cartes ont été délivrées dans un délai moyen de sept jours. Au 31 mars 1982, il y avait 6 531 128 titulaires d'une carte d'assurance-maladie valide.

Par ailleurs, la Régie a réglé en 15 jours plus de 90% des demandes de remboursement provenant des bénéficiaires.

Évolution des principales composantes administratives, de 1977 à 1982

	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1980-1981	1981-1982
Frais d'administration (000 $) (frais de perception exclus)	37 741*	39 447**	41 782**	42 276**	47 661**
Frais d'administration par rapport au coût des programmes (%)	4,8	4,4	4,0	3,5	3,6
Nombre de demandes de paiement traitées (000)	41 907	45 553	48 639	52 191	53 434
Frais d'administration par demande de paiement ($)	0,90	0,87	0,86	0,81	0,89
Effectif autorisé	2 075	1 825	1 600	1 525	1 475
Nombre de demandes de paiement par employé	20 193	24 960	30 399	34 223	36 226

*Postes extraordinaires exclus

**Les frais imputés à divers organismes auxquels la Régie fournit des services sont exclus

L'implantation d'un nouveau système de traitement des demandes de paiement

La révision des systèmes de traitement prend son origine dans un rapport de conseillers sur les systèmes administratifs, soumis en 1976, et dans celui de l'inventaire des besoins généraux de la direction des Opérations effectué en 1977. Les travaux de développement ont débuté en 1978.

Le système de traitement des demandes de paiement provenant des pharmaciens a été révisé en premier lieu et l'implantation s'est faite à l'automne 1979. Le système de traitement des demandes de paiement provenant des médecins, chirurgiens dentistes et optométristes a été mis au point selon les principes retenus pour le système précédent et il a été implanté en décembre 1981.

Les systèmes de traitement ont été révisés en tenant compte non seulement des besoins administratifs de la Régie mais aussi des besoins des professionnels de la santé.

Parmi les changements qui touchent ces derniers, le plus important est la refonte des états de compte et des messages explicatifs en vue de fournir une information plus complète sur l'état des paiements.

En ce qui concerne la Régie, on peut mentionner entre autres les avantages suivants :

Une redéfinition des fonctions des employés dans leurs relations personne-machine en vue de les libérer de l'assujettissement à l'ordinateur.

Un meilleur contrôle du processus de traitement des demandes de paiement.

Une uniformité dans le traitement des demandes de paiement malgré les particularités des nombreuses ententes.

Une conception modulaire des systèmes de traitement permettant une adaptation rapide et cohérente selon l'évolution des ententes et des accords.

Collaboration de la Régie de l'assurance-maladie avec des organismes publics ou parapublics

À titre d'information supplémentaire, mentionnons que depuis 1980-1981, la Régie de l'assurance-maladie assume, pour le compte de la Régie de l'assurance-automobile du Québec, le traitement informatique des demandes d'indemnisation présentées par les victimes d'accidents de la route, de même que le traitement des données concernant le personnel, grâce au système de Traitement intégré de la gestion et de la rémunération des effectifs, mis au point par la Régie. Ce système est, de plus, déjà exploité par la Régie pour le compte de la Commission des normes du travail, et il a été fourni à la Régie des rentes du Québec et à la Société des loteries et courses du Québec.

Rappelons également que la Régie assure pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail le traitement informatique des demandes de paiement que lui présentent les médecins pour les services rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail. Il en est de même depuis le 25 février 1981 pour la rémunération à salaire et à la vacation des professionnels de la santé oeuvrant dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.